NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO	PROGRAMA(S)	LOCALIDAD	TRABAJADO	FECHA DE RECIBO
NOMBRE DEL CASO	NUMERO DEL CASO	PROGRAMA(S)	LOCALIDAD	TRABAJADO	FECHA DE RECIBO

ANALISIS DE ELEGIBILIDAD - PARTE A

Esto es un análisis para determinar si usted sigue elegible para asistencia. Favor de dar información correcta y completa tanto en esta Parte A como en la Parte B (Formulario Distinto). **SI USTED INFORMA SOBRE UN NUEVO MIEMBRO DE LA CASA, LLENE LA INFORMACION AL DOROS EN CUANTO AL NUEVO MIEMBRO.**

A. INFORMACION SOBRE LA CASA

1. Nombre, direccion, telefono de usted

NOMBRE	TELEFONO (CASA)	(TRABAJO)
DIRECCION (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)	COMO LLEGAR A LA CASA	
DIRECCION POSTAL (SI ES DIFERENTE)		

2. Ponga el nombre de usted en la primera linea. Luego, ponga los nombres de todos los que viven en su casa, **aun si usted no solicita asistencia para otra persona.** Incluya a personas temporalmente ausentes y marque la casilla "AUSENTE." De la informacion pedida en cuanto a cada persona.

NOMBRE (SI ESTA AUSENTE, MARQUE LA CASILLA AUSENTE). APELLIDOS, NOMBRES, INICIALES (NOMBRE DE SOLTERA)	PROGRAMA (S) PEDIDO (S)						PARENTESCO A USTED	USTED PUEDE DEJAR ESTO SIN LLENAR PARA CUALQUIER PERSONA NO INCLUIDA EN LA PETICION DE ASISTENCIA NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	¿ASISTE A LA ESCUELA?		EN CASO AFIRMATIVO NOMBRE DE LA ESCUELA
	AUSENTE	CUPONES DE COMIDA	TANF	MEDICAID	OTRO	NINGUNO					SI	NO	

- SI () NO () 3. ¿Está alguien en violación de libertad bajo palabra o libertad condicional, o huye alguien de captura para evitar procesamiento o castigo por un delito mayor?
- SI () NO () 4. ¿Se ha declarado culpable alguien de un delito mayor relacionado con las drogas cometido después del 22 de agosto de 1996?
- SI () NO () 5. ¿Es alguien ahora ciego, esta totalmente incapacitado, demasiado enfermo o lastimado para trabajar, encinta, o se necesita para cuidar a una persona incapacitada?
- SI () NO () 6. ¿Ha recibido cualquiera de sus hijos cualquier inmunización desde la aprobación de su solicitud original o después de su análisis más reciente?
- SI () NO () 7. ¿Se ha declarado culpable usted o cualquier persona por la cual usted solicite de hacer declaraciones falsas o engañosas sobre en cuanto a su dirección o identidad para recibir TANF (AFDC), Cupones de Comida, o Medicaid en dos o más áreas a la vez?
En caso afirmativo, explique: _____

8. INFORMACION SOBRE NUEVOS MIEMBROS DE LA CASA - Dé la siguiente información sobre cualquier nuevo miembro de la casa sobre quien usted informe por primera vez. En cuanto a **TANF y Cupones de Comida**, dé también esta información sobre cualquier nuevo miembro sobre quien haya informado oralmente desde su solicitud original o desde su análisis de elegibilidad más reciente.

NOMBRE APELLIDOS, NOMBRES INICIALES (NOMBRE DE SOL TERA)	PROGRAMA PEDIDO	PARENTESCO A USTED	* NUMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	** RAZA	** HISPANO		SEXO	ESTADO CIVIL	* CIUDADANIA	* NUMERO DE EXTRANJERO	ULTIMO ANO DE ESCUELA	¿ASISTE A LA ESCUELA		¿VETERANO?		
						SI	NO						SI	NO	SI	NO	
1																	
2																	
3																	

* Usted puede dejar esto sin llenar para cualquier persona no incluida en la petición de asistencia.

** No se requiere

SI () NO () 9. ¿Es ciego alguien lista de arriba, o esta totalmente incapacitado, demasiado enfermo o lastimado para trabajar, encinta, o se necesita para cuidar a una persona incapacitado? En caso afirmativo, de el nombre y explique: _____

SI () NO () 10. ¿Está alguien en la lista de arriba en violación de libertad bajo palabra o libertad condicional, o huye alguien de captura para evitar procesamiento o castigo por un delito mayor? En caso afirmativo, explique: _____

SI () NO () 11. ¿Se ha declarado culpable alguien en la lista de arriba de un delito mayor relacionado con las drogas cometido después del 22 de agosto de 1996? En caso afirmativo, de el nombre y explique: _____

SI () NO () 12. ¿Se ha declarado culpable cualquier persona en la lista de arriba de hacer declaraciones falsas o engñosas sobre en cuanto a su dirección o identidad para recibir TANF (AFDC), Cupones de Comida, o Medicaid en dos o más áreas a la vez? En caso afirmativo, dé fecha y lugar de condena.

SI () NO () 13. **(NO SE REFIERE A CUPONES DE COMIDA O TANF):** ¿TIENE ALGUIEN EN LA LISTA DE ARRIBA GASTOS MEDICOS SIN PAGAR DURANTE LOS ULTIMOS 3 MESES?

SI () NO () 14. **(NO SE REFIERE A CUPONES DE COMIDA).** Ponga en lista nombre(s) y direccion(es) de cualquier padre o madre ausente _____

SI () NO () 15. **(NO SE REFIERE A CUPONES DE COMIDA O TANF).** Si los padres están separados y no viven juntos, ¿provee mantenimiento financiero, cuidado físico o consejos el padre o la madre ausente? En caso afirmativo, explique _____

CESION DE DERECHOS A MANTENIMIENTO MEDICO: Mientras usted esté asegurado por Medicaid o Seguro Estatal/Local de Hospitalización (SELH), se requiere que usted transfiera al Departamento de Servicios de Asistencia Médica (DSAM) todos sus derechos a mantenimiento médico y que le dé al DSAM cualquier pago que usted reciba de otro asegurador por servicios médicos. También se requiere que usted transfiera estos mismos derechos en cuanto a cualquier otra persona para quien usted tenga el derecho legal de hacerlo. Incumplimiento de la cesión de sus derechos le hará a usted inelegible a tanto Medicaid com SELH. Incumplimiento de la cesión de los derechos de cualquier otra persona no le hará inelegible a esa persona. Si usted no está dispuesto a transferir los derechos de un nuevo miembro de la casa, ponga sus iniciales en la casilla de abajo y ponga en lista los nombres de las personas cuyos derechos usted no quiere transferir. De otra forma, su firma indica que usted queda en transferir los derechos de los nuevos miembros de la casa.

Me niego a transferir los derechos de _____

Su Firma o Signo o el de su Representante Autorizado _____ Fecha _____ Testigo de Signo _____ Fecha _____

Por mi firma abajo, declaro que son o ciudadanos de los Estados Unidos o extranjeros en estado de inmigración legal los miembros de casa por quienes pido Cupones de Comida, TANF, Medicaid (a menos que yo solicite solamente servicios médicos de emergencia), y declaro bajo pena de perjurio que toda la información en este formulario es correcto y completo según mi entender. El Departamento de Servicios Sociales de Virginia es una agencia de igualdad de oportunidades. Si surge una reclamación en cuanto a cupones de comida contra la casa de usted, es posible que los datos en esta solicitud, incluyendo todos números de seguro social, sean referidos a agencias Federales y Estatales, y a agencias privadas de cobro de reclamaciones.

Su Firma o Signo o el de su Representante Autorizado _____ Fecha _____ Testigo de Signo _____ Fecha _____